

Merokok - aspek Psikologi ; Psikologi Pendidikan ; Psikologi Remaja ; Psikologi

**PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI SEMINAR  
DAN DISKUSI SEBAGAI ALTERNATIF  
PENANGGULANGAN PERILAKU MEROKOK  
PADA REMAJA PELAJAR SLTA DI KODYA  
YOGYAKARTA** 2966

*Health education through seminar and discussion as an  
alternative for smoking treatment behavior of senior high  
school students in Yogyakarta municipality*

Yayi Suryo Prabandari<sup>1</sup> dan Johanna E. Prawitasari<sup>2</sup>

Program Studi Psikologi  
Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada

**ABSTRACT**

Reports from World Health Organization (WHO) indicated that the number of smokers in developing countries has increased in the past ten years. Indonesia ranks fifth among countries with the largest number of smokers. This condition needs serious consideration because of the hazard of smoking. Information about the danger of smoking are much less available than the number of cigarette advertisements. Thus, health education is very much needed.

The objective of this study is to find out the effectiveness of health education through seminars and discussions for senior high school students in the Yogyakarta municipality. This study is also intended to identify factors which influence smoking behavior.

Two hundred and forty three male senior high school students from 12 senior high schools in Yogyakarta municipality were screened on surveys in 15 senior high schools and participated in this study. Twelve senior high schools were chosen based on the high number of smokers. The subjects of this study divided into three groups. Seminar groups consisted of 98 students from three senior high schools, discussion groups were 30 students from three senior high schools and 115 students from six senior high schools were the groups which only receive the health education material without teacher or facilitator assistance (non-assistance groups). Those groups were divided randomly. The Counseling and Guidance Teachers conducted the health education. They were trained twice and the health education was also provided twice.

Results showed that health education through seminars and discussions are only effective for increasing knowledge about the risks of smoking and decreasing positive attitude toward smoking. The positive beliefs regarding smoking were not changed, while the number of cigarettes smoked by non-assistance groups declined. Health edu-

cation through seminars was more effective than health education through discussion.

**Key words:** *health education — seminar and discussion — smoking treatment behavior*

## PENGANTAR

Dalam beberapa tahun terakhir bahaya akibat perilaku merokok semakin disebarluaskan, walaupun sebetulnya hal tersebut sudah mulai dipropagandakan pada tahun 1952. Kampanye anti rokok mulai digalakkan sejak ditemukan adanya hubungan antara merokok dengan beberapa penyakit tertentu (Robb, 1986). Bahaya yang ditimbulkan oleh perilaku merokok cukup serius, antara lain penyakit jantung koroner, kanker paru-paru, bronkhitis kronik, emphysema (Siregar, *et al.*, 1984), ulcus peptikum, kanker mulut/tenggorokan/kerongkongan dan gangguan janin dalam kandungan (WHO, dalam Aditama, 1992). Akhir-akhir ini merokok juga disinyalir mengakibatkan gangguan mata katarak (Prambadi & Nasution, 1989) dan gangguan darah (Tambunan, 1994). Merokok adalah bunuh diri secara perlahan. Kematian pria yang merokok di atas 70% dibandingkan dengan pria yang tidak merokok (Gatchel, *et al.*, 1989). WHO memperkirakan bahwa saat ini terdapat 3 juta manusia yang meninggal akibat kebiasaan merokok (Masiono, 1993).

Meningkatnya propaganda anti merokok tampaknya belum dapat mengurangi jumlah perokok, terutama di negara berkembang. Hal ini terbukti dari pernyataan WHO yang menyebutkan bahwa jumlah perokok di negara berkembang justru bertambah dalam sepuluh tahun terakhir (Habil, 1994; Wheeler, 1988) dan sudah merupakan pandemi tembakau. WHO juga melaporkan bahwa 50% lebih orang dewasa di negara berkembang tergantung pada tembakau, demikian pula anak sekolah di negara berkembang (dalam Elder, *et al.*, 1987). Yang sangat memprihatinkan yakni ternyata Indonesia termasuk 12 negara di dunia yang jumlah perokoknya lebih dari 50% (Soebroto, 1991). Bahkan menurut catatan WHO jumlah perokok pria di Indonesia sebanyak 75% dan menduduki urutan ke lima terbanyak di dunia (Aditama, 1992).

Pernyataan WHO tersebut bukan mengada-ada. Pria dewasa ataupun remaja yang merokok dapat dijumpai dengan mudah di Indonesia. Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga di tujuh propinsi di Indonesia jumlah perokok laki-laki adalah 52,9% dan wanita 3,6 %. Di Yogyakarta diperkirakan jumlah perokok pria adalah 47,4% dan wanita 0,7% (WHO, 1985).

Larangan merokok belum membudaya di Indonesia. Hanya sedikit tempat mencantumkan dilarang merokok, antara lain pusat pelayanan kesehatan dan institusi pendidikan. Sementara itu iklan yang menawarkan rokok justru terdapat di pelbagai tempat.

Kenyataan bahwa iklan rokok lebih banyak daripada iklan layanan anti merokok tentunya harus dipertimbangkan dampaknya. Willard (1985) menemukan bukti bahwa iklanlah yang menyebabkan banyak remaja merokok. Iklan rokok menarik karena menawarkan ketertarikan, petualangan dan kejantanan, sehingga membuat remaja tertarik untuk merokok. Kondisi demikian membutuhkan kepedulian bagi yang berwenang, karena remaja dijejali bermacam-macam merek rokok tanpa diimbangi informasi mengenai bahaya merokok.

Di samping iklan yang merajalela, menurut Weis dan Burke (1985) tulisan mengenai bahaya merokok di media cetak saat ini sangat sedikit. Sedikitnya tulisan mengenai bahaya merokok yang tidak dapat mengimbangi iklan rokok membuat kepesimisan para pendidik kesehatan terhadap media massa. Menurut mereka justru media massa itulah yang menyebabkan perilaku tak sehat.

Terlalu sedikitnya informasi mengenai bahaya yang ditimbulkan oleh perilaku merokok dapat dilihat dari hasil survei yang menunjukkan bahwa antara 30-82% penduduk belum tahu kalau perilaku merokok itu berhubungan dengan berbagai penyakit (Weis & Burke, 1983). Melalui penambahan informasi mengenai bahaya akibat merokok ada asumsi bahwa nantinya akan terjadi penurunan jumlah perokok (Reek & Adriaanse, 1986).

Banyaknya iklan rokok dan sedikitnya informasi mengenai bahaya merokok tentunya harus diantisipasi, mengingat pangsa pasar yang dituju iklan rokok adalah remaja. Jumlah remaja di Indonesia termasuk tinggi dibandingkan dengan golongan umur lainnya. Kodya Yogyakarta yang disebut sebagai kota pelajar jumlah penduduk remajanya (15-19 tahun) sebanyak 346.050 (Kantor Statistik Propinsi DIY, 1989). Jumlah yang besar ini merupakan sasaran yang empuk bagi produsen rokok.

Bermacam-macam penelitian tentang merokok sudah banyak dilakukan, terutama di negara barat. Beberapa hal yang mendukung dan menghambat penanggulangan perilaku merokok telah diketahui. Beberapa faktor yang mendukung antara lain adanya kampanye anti rokok (Warner & Murt, 1983), pasangan yang mendukung seseorang untuk berhenti merokok (Coppotelli & Orleans, 1985), adanya motivasi dari dalam (intrinsik) untuk berhenti merokok (Curry, et al., 1990), adanya dukungan sosial (Mermelstein, et al., 1986), program iklan layanan masyarakat di televisi dan adanya tokoh kunci (dokter) yang tidak merokok sebagai model (Robb, 1986). Faktor yang menghambat antara lain adalah gencarnya iklan-iklan rokok di media masa (Warner, 1985), di media elektronik (Willard, 1985), sedikitnya informasi mengenai bahaya merokok di koran (Weis & Burke, 1985) dan majalah (Warner, 1985) serta mudahnya rokok didapat (Prawirohardjo, 1980). Selain itu untuk Indonesia hal lain yang menyebabkan perilaku merokok sulit diatasi adalah produksi rokok dalam negeri yang begitu besar dan meningkat dari tahun ke tahun. Produksi rokok memberikan subsidi pada negara sebanyak Rp. 1,4 trilyun pada tahun 1989 (Supangat, 1990). Subsidi dari industri rokok relatif lebih besar daripada subsidi yang

diberikan industri lainnya.

Sejauh ini penelitian yang dilakukan di Indonesia merupakan studi pendahuluan yang mencari faktor-faktor yang mempengaruhi merokok (Supardi, *et al.*, 1980), keyakinan terhadap perilaku merokok (Sholihah, 1990), sikap terhadap merokok pada tokoh kunci (Prawirohardjo, 1980), beberapa gejala pada perokok dengan menggunakan *CMI/Cornell Medical Index* (Isfandari & Suhardi, 1993) dan mengetahui jumlah perokok (Rustamaji, 1986; Siregar, *et al.*, 1984; WHO, dalam Aditama, 1992; Zalbawi & Bandi, 1991). Usaha untuk mencegah atau intervensi sudah ada, terutama yang dilakukan oleh LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), namun publikasi ataupun penelitian untuk itu belum banyak dilakukan. Salah satu hasil intervensi terhadap perilaku merokok yang dipublikasikan adalah intervensi yang dilakukan oleh Yayasan Jantung Indonesia (Sani, 1994).

Selain penelitian-penelitian mengenai pencegahan perilaku merokok dalam skala besar, yang melibatkan masyarakat, banyak penanggulangan perilaku merokok dilakukan pada klinik-klinik ataupun kelompok formal. Namun demikian, dari pelbagai alternatif penanggulangan perilaku merokok, klinik tatap muka dipandang tidak efektif. Sekolah dan organisasi kesehatan dapat memberikan pendidikan kesehatan mengenai bahaya perilaku merokok dan kadang-kadang sejumlah perokok menunggu adanya intervensi daripada mencari pertolongan. Program kampanye kesehatan yang berisi informasi, motivasi dan propaganda dapat mengubah kesadaran, pengetahuan dan sikap (Flay, 1987). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh *American Cancer Society* yang menunjukkan bahwa dalam 20 tahun terakhir kurang lebih 35 juta orang dewasa berhenti merokok tanpa bantuan klinik yang terorganisasi. Selain itu Alcay (1983) juga mengatakan bahwa pendidikan kesehatan melalui peningkatan kesadaran bagi masyarakat dapat mengubah sikap dan perilaku serta dapat menurunkan risiko kesehatan secara bermakna.

Beberapa program yang disebutkan di atas walaupun tidak semua efektif, hal tersebut dapat memberikan gambaran bahwa perilaku merokok sebetulnya dapat dicegah atau ditanggulangi. Penanggulangannya dapat dengan berbagai cara yang di antaranya telah diuraikan di atas. Salah satunya adalah melalui promosi kesehatan yang di dalamnya terdapat pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan sendiri dalam penyampaianannya dapat melalui kelompok besar/kelas, kelompok kecil/ diskusi ataupun masyarakat. Pemberian melalui kelas kecil menurut McKeachi (dalam Foley & Smilansky, 1980) akan lebih berhasil guna dibanding kelompok besar atau perkuliahan. Selain itu menurut Foley & Smilansky (1980) keunggulan belajar kelompok kecil adalah memberi kesempatan pada siswa untuk aktif dan dapat belajar dari teman lain yang lebih menguasai materi.

Dengan adanya akibat yang serius yang ditimbulkan oleh tembakau, maka penanggulangan perilaku merokok perlu dilakukan. Penelitian ini dilakukan untuk menjawab pertanyaan, apa saja yang

menyebabkan mereka merokok dan mencari jawaban atas pertanyaan, di antara tiga alternatif intervensi, yaitu pemberian pendidikan kesehatan melalui seminar, melalui diskusi dan pemberian materi pendidikan kesehatan tanpa guru/fasilitator, manakah intervensi yang paling efektif?

## CARA PENELITIAN

Penelitian ini terdiri dari dua tahap, yaitu tahap survai (I) dan tahap eksperimen (II). Tahap I digunakan untuk menyaring sekolah dengan frekuensi perokok terbanyak yang akan digunakan sebagai sekolah eksperimen, sedangkan tahap II adalah tahap dilakukannya pendidikan kesehatan.

Populasi penelitian ini adalah murid SLTA di Kodya Yogyakarta. Pemilihan sampel penelitian untuk tahap I dilakukan dengan cara acak proporsional (dengan bandingan antara sekolah negeri, swasta dan kejuruan) melalui undian. Sedangkan untuk tahap II pemilihan sekolah yang akan digunakan sebagai kelompok eksperimen dilakukan secara *matching* dan acak dengan menggunakan undian.

Alat pengumpulan data yang digunakan di dalam penelitian ini baik untuk tahap I ataupun tahap II dilakukan dengan menggunakan kuesioner atau skala dan tes pengetahuan. Tahap I menggunakan satu kuesioner. Tahap II menggunakan empat skala dan satu tes pengetahuan. Untuk tahap I digunakan kuesioner dengan pertanyaan yang dimaksudkan untuk mengungkap merokok tidaknya subjek. Untuk tahap II keempat skala digunakan dengan tujuan untuk mengungkap: (1) keyakinan subjek terhadap akibat-akibat perilaku merokok (Skala A); (2) sikap subjek terhadap akibat-akibat perilaku merokok (Skala B); (3) perilaku merokok subjek (Skala C); dan (4) perilaku merokok subjek yang diisi oleh teman sebangku yang bertindak sebagai rater (Skala D). Tes pengetahuan digunakan untuk mengungkap tingkat pengetahuan subjek mengenai akibat-akibat perilaku merokok. Sebelum digunakan untuk penelitian, kesemua alat ukur diuji validitas dan reliabilitasnya.

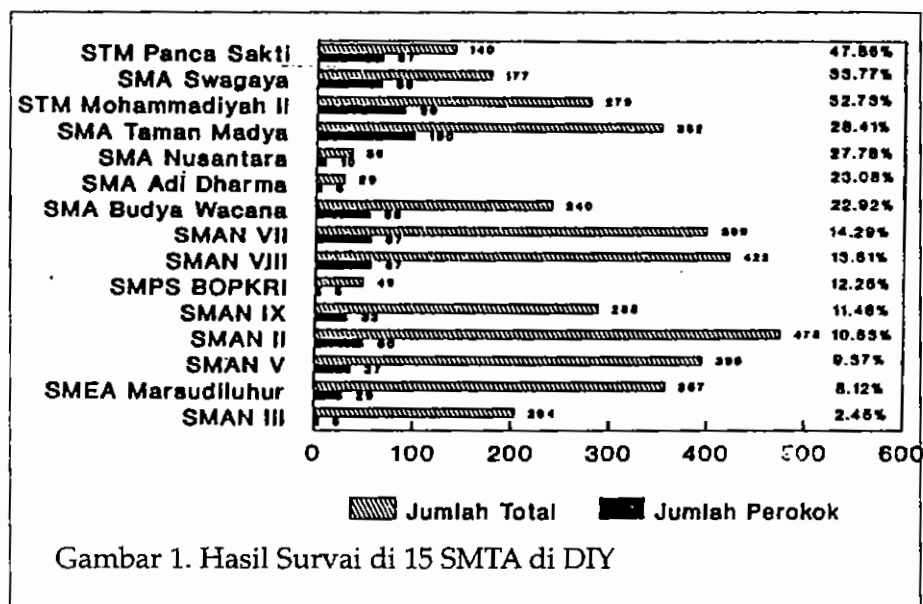
Tahap I diikuti murid pria dan wanita dari 15 sekolah, sedangkan tahap II hanya diikuti murid pria dari 12 sekolah. Kelompok seminar diikuti 98 murid (terdiri dari tiga sekolah, masing-masing 30-32 orang setiap sekolah) dan kelompok diskusi diikuti 30 murid (terdiri dari tiga sekolah, masing-masing 10 orang setiap sekolah). Kelompok sekolah yang hanya menerima materi ajar pendidikan kesehatan tanpa keterlibatan guru atau fasilitator terdiri dari enam sekolah dan diikuti 115 murid.

Pada tahap II, selain skala atau kuesioner dan tes pengetahuan yang digunakan untuk mengukur efektifitas pendidikan kesehatan, digunakan pula materi ajar pendidikan kesehatan yang merupakan sumbangan dari Yayasan Jantung Indonesia dan buku Pedoman Pemberian Pendidikan Kesehatan mengenai Perilaku Merokok dan Akibatnya yang disusun oleh penulis pertama artikel ini.

Data yang diperoleh dari penelitian ini dianalisis dengan teknik Analisis Varians satu jalan dan Analisis Kovarians. Penghitungan analisis data penelitian ini dilakukan melalui program SPSS. Keputusan pengujian hipotesis penelitian didasarkan pada  $p = 0,05$ .

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Hasil Survei



Selain prosentase jumlah perokok tiap sekolah survei tersebut juga menghasilkan beberapa temuan, yaitu :

- Rata-rata terbanyak rokok yang dihisap adalah kurang dari 5 batang setiap hari (66,2%), disusul 6-10 batang perhari (19,9%) dan lebih dari 21 batang perhari (5,6%).
- Umur mulai merokok rata-rata terbanyak adalah 15 tahun (22,4%), 16 tahun (18,1%) dan 17 tahun (16,4%).
- Alasan merokok rata-rata terbanyak adalah untuk pergaulan (37,8%), mengusir kesepian (34,6%) dan menenangkan pikiran (31,1%).
- Rata-rata terbanyak mengenal rokok pertama kali adalah melalui teman (75,6%), televisi (31,4%) dan koran (30,6%).
- Remaja yang tidak merokok mempunyai alasan berbahaya untuk kesehatan (73,7%), tidak suka (44,7%) dan tidak sopan (20,9%).
- Dari keseluruhan remaja yang tidak merokok 30,3% pernah merokok. Alasan mereka untuk berhenti adalah takut bahayanya (49,8%), ingin sehat (48,9%) dan lain-lain (32,8%).

### 2. Hasil Eksperimen

Oleh karena pemilihan kelompok hanya didasarkan frekuensi perokok di tiap sekolah, sedangkan penelitian ini menggunakan tiga

skala dan satu tes pengetahuan, maka setiap kelompok perlu diuji dahulu kesamaan skor yang diperoleh sebelum eksperimen dilakukan. Tabel 1 menunjukkan hasil pengujian ketiga skala dan satu tes pengetahuan pada saat pra perlakuan. Pengujian dilakukan dengan menggunakan Analisis Varians satu jalan.

Tabel 1. Ringkasan hasil uji F Skala A,B,C dan Tes Pengetahuan pada Pra Perlakuan

SKALA	F	P
A ( Keyakinan )	5,1822	< 0,05
B ( Sikap )	8,7819	< 0,05
C ( Perilaku )	5,9795	> 0,05
Tes Pengetahuan	2,4823	< 0,05

Dari perhitungan Anava diperoleh hasil bahwa pada saat Pra Perlakuan, di antara ketiga skala dan satu tes pengetahuan yang menunjukkan tidak adanya perbedaan hanya pada satu, yaitu Tes Pengetahuan. Sedangkan ketiga skala yang lain ternyata skornya berbeda pada masing-masing kelompok. Hal tersebut berarti bahwa hanya pengetahuan tentang akibat yang ditimbulkan oleh perilaku merokok yang sama pada semua kelompok perlakuan, sedangkan keyakinan, sikap dan perilaku merokoknya (jumlah rokok) berbeda. Oleh karena kesulitan tenaga, waktu dan biaya untuk pengulangan kembali survei dan sulitnya memperoleh subjek yang merokok, maka kelompok tersebut dibiarkan seperti apa adanya. Hanya saja untuk penghitungan analisis dilakukan menggunakan teknik anakova, dengan skor pretes sebagai kovariat. Tabel 2 menunjukkan hasil analisis dengan menggunakan teknik anakova pada ketiga skala dan satu tes pengetahuan, sedangkan tabel 3 menunjukkan hasil analisis dengan menggunakan t-test untuk menguji adanya perbedaan pada setiap kelompok pada pra perlakuan, pasca perlakuan dan tindak lanjut untuk masing-masing skala dan tes pengetahuan.

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa Pendidikan kesehatan (baik melalui seminar maupun diskusi) kurang efektif untuk menurunkan perilaku merokok. Dari tiga skala dan satu tes pengetahuan yang digunakan, hanya satu skala (Skala B) dan tes pengetahuan yang menunjukkan efektivitasnya pendidikan kesehatan. Skala B menunjukkan adanya penurunan sikap yang mendukung perilaku merokok dan Tes Pengetahuan menunjukkan adanya kenaikan pengetahuan mengenai akibat yang ditimbulkan perilaku merokok. Penurunan Skala B pada kelompok seminar signifikan secara statistik ( $t=-1,884$ ,  $p=0,057$ ) pada pasca perlakuan. Sedangkan pada kedua kelompok lain secara statistik tidak bermakna ( $t$  diskusi  $=-0,997$ ,  $p=0,680$  dan  $t$  kontrol  $=-1,228$ ,  $p=0,218$ ). Kenaikan Tes Pengetahuan pada kelompok seminar dan kontrol pada pasca perlakuan menunjukkan

Tabel 2. Hasil Analisis Seluruh Alat Ukur dengan Anakova pada Pra Perlakuan, Pasca Perlakuan dan Tindak Lanjut

		Pra perlakuan	Pasca Perlakuan			Tindak Lanjut		
		Rerata	Rerata	F	P	Rerata	F	P
Skala A	Seminar	53,551	51,071	3,507	0,032*	55,149	0,485	0,616
	Diskusi	63,600	64,600			63,100		
	Kontrol	56,841	55,136			56,034		
Skala B	Seminar	36,092	34,837	2,218	0,111	35,153	5,254	0,006*
	Diskusi	41,233	40,033			42,500		
	Kontrol	37,466	36,602			38,159		
Skala C	Seminar	1,74	2,00	7,648	0,001*	2,10	0,739	0,479
	Diskusi	4,27	4,73			3,70		
	Kontrol	3,36	3,06			3,18		
Tes Pengetahuan	Seminar	16,245	17,735	0,178	0,837	17,796	2,351	0,097
	Diskusi	15,167	16,533			17,500		
	Kontrol	16,057	18,727			18,727		

\* = Signifikan ( $p < 0,05$ )

Tabel 3. Hasil Analisis dengan T-tes untuk Semua Kelompok dan Semua Alat Ukur pada Pra Perlakuan, Pasca Perlakuan dan Tindak Lanjut

		Pra perlakuan dan Pasca perlakuan		Pasca Perlakuan dan Tindak Lanjut	
		t	P	t	P
Skala A	Seminar	-1,733	0,80	-2,74	0,007*
	Diskusi	0,387	0,701	0,64	0,529
	Kontrol	-1,129	0,259	0,65	0,519
Skala B	Seminar	-1,884	0,057	-0,49	0,623
	Diskusi	-0,997	0,680	-2,73	0,011*
	Kontrol	-1,228	0,218	-1,71	0,091
Skala C	Seminar	-0,90	0,372	-0,29	0,775
	Diskusi	-0,62	0,540	0,97	0,342
	Kontrol	2,32	0,022	0,27	0,787
Tes Pengetahuan	Seminar	2,372	0,017	0,17	0,866
	Diskusi	1,204	0,227	-1,81	0,80
	Kontrol	4,029	0,000	1,62	0,110

\* = Signifikan ( $p < 0,05$ )



perbedaan yang bermakna secara statistik ( $t_{\text{seminar}}=2,372$ ,  $p=0,017$ ,  $t_{\text{kontrol}}=4,029$ ,  $p=0,000$ ). Selain itu pada tahap tindak lanjut skor yang tetap bertahan adalah skor Tes Pengetahuan, sedangkan skor Skala B justru memperlihatkan kenaikan.

Hasil perhitungan di atas juga menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan melalui seminar lebih efektif daripada melalui diskusi. Penurunan Skala B pada kelompok seminar mendekati bermakna secara statistik ( $t=-1,884$ ,  $p=0,057$ ) pada pasca perlakuan, sedangkan pada kelompok diskusi secara statistik tidak bermakna ( $t=-0,997$ ,  $p=0,680$ ). Kenaikan Tes Pengetahuan pada kelompok seminar pada pasca perlakuan menunjukkan perbedaan yang bermakna secara statistik ( $t=0,372$ ,  $p=0,017$ ), sedangkan pada kelompok diskusi perbedaan yang ditunjukkan secara statistik tidak bermakna.

Kelompok eksperimen pada tahap Pasca Perlakuan menunjukkan kenaikan jumlah rokok dari tahap Pra Perlakuan, sedangkan kelompok kontrol justru menunjukkan penurunan skor pada pasca perlakuan, walaupun pada tahap Tindak Lanjut jumlah rokok naik kembali. Oleh karena ada yang naik dan ada yang turun, maka antara ketiga kelompok pada pasca perlakuan terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik ( $F=7,648$ ,  $p=0,001$ ). Keadaan ini tetap dipertahankan hingga tiga bulan setelah Pasca Perlakuan, walaupun antara ketiga kelompok tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik ( $F=0,739$ ,  $p=0,479$ ).

## PEMBAHASAN

### 1. Hasil Survei

Dari hasil survei diketahui bahwa rata-rata terbanyak umur merokok adalah 15 tahun. Hasil ini serupa dengan hasil Rustamaji (1986) yang menemukan bahwa remaja mulai merokok pada umur 14-15 tahun. Penelitian ini mempunyai hasil yang sedikit berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh yang West, et al (1977) yang menyebutkan bahwa umur rata-rata mulai merokok adalah 17 tahun. Dari hasil ini diperoleh gambaran bahwa pada penelitian di Indonesia, umur remaja mulai merokok rata-rata adalah sama, yaitu sekitar umur 14-15 tahun.

Rata-rata jumlah rokok per hari yang ditemukan dalam penelitian West (29,9 batang) dan Zarkovic & Dzumhur (10 batang) (dalam Dzumhur, 1985) adalah jauh lebih besar daripada jumlah yang ditemukan dalam penelitian ini (di bawah lima batang sehari). Ada kemungkinan bahwa remaja di sini belum menjadi perokok teratur dan memang awal mulai merokoknya, tetapi masa coba-cobanya agak lama, sehingga rokok yang dihisap tidak terlalu banyak.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa teman sangat mempengaruhi untuk merokok. Hal ini mendukung penelitian Charlton & Blair (1989), Flay, et al. (1983), Evan & Rainer (dalam Gochman, 1988) dan Mittlemark (1987). Selain teman, televisi dan koran juga mempunyai pengaruh. Hal ini tentunya karena banyak iklan rokok

dimuat dalam pelbagai media massa dan elektronik, termasuk televisi dan koran. Hasil ini mendukung pendapat Willard (1985) yang menyatakan bahwa iklanlah yang menyebabkan banyak anak muda merokok dan pendapat Haslam (1985) yang mengatakan bahwa perilaku tidak sehat, termasuk merokok justru disebarluaskan oleh media massa.

Rata-rata jumlah perokok (pria) yang ditemukan dalam penelitian ini adalah 19.9%. Angka ini lebih kecil dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan Siregar, *et al* (1984) yang menemukan 31,54% mahasiswa merokok, SKRT (dalam WHO, 1985) 52,9% dan survei WHO di Yogyakarta dan Bali yang menemukan 75% pria perokok. Hal ini kemungkinan karena dalam penelitian Siregar serta penelitian SKRT dan WHO menggunakan subjek dewasa yang sudah menjadi perokok teratur, sedangkan subjek penelitian ini adalah remaja SLTA yang belum menjadi perokok teratur.

Alasan-alasan mahasiswa merokok yang dikemukakan dalam penelitian ini sama dengan alasan yang dikemukakan oleh Finnegan (dalam John, *et al.*, 1962) yaitu untuk pergaulan dan mengurangi ketegangan. Hanya saja dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa remaja merokok karena ingin mengusir kesepian.

Dari seluruh subjek penelitian, remaja non perokok berjumlah 85,7%, dan 28,6% di antaranya pernah merokok tetapi kemudian berhenti. Hasil survei ini menunjukkan bahwa sebetulnya sudah ada usaha remaja untuk menghentikannya, apalagi alasan terbanyak yang dikemukakan mereka yang pernah merokok adalah takut akan bahaya yang ditimbulkan oleh rokok.

## 2. Hasil Eksperimen

Penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan melalui seminar dan diskusi tidak efektif untuk menanggulangi perilaku merokok. Kegagalan ini dapat terjadi karena waktu pendidikan kesehatan terlalu singkat, sehingga remaja hanya menyerap pengetahuan saja. Diharapkan dari pengetahuan itu dapat mempengaruhi keyakinan dan sikap, namun kenyataannya dengan waktu yang singkat harapan itu kurang dapat dipenuhi. Selain itu remaja dalam penelitian ini adalah orang yang dipilih oleh gurunya, sehingga mengurangi atau berhenti merokok bukan atas kemauannya sendiri. Apabila berhenti merokok atas kemauannya sendiri hasilnya akan lebih menjanjikan (Cohen *et al.*, dalam Gathel, *et al.*, 1992).

Hasil penelitian ini menemukan bahwa justru kelompok yang tanpa bantuan guru atau fasilitator menurun perilaku merokoknya (dalam hal jumlah rokok). Hal ini tampaknya sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Schelesel dan Kunetsky (1977, dalam Leventhal *et al.*, 1984). Dalam eksperimen mereka yang dinamakan "Five Day Plan to Stop Smoking" kelompok eksperimen ternyata kambuh kembali ke perilaku semula pada tindak lanjut, sedangkan kelompok kontrol tidak. Hal ini memperlihatkan bahwa kelompok kontrol memperlihatkan "usaha yang tidak ditolong".

Walaupun pada tindak lanjut kelompok tanpa bantuan guru atau fasilitator memperlihatkan penurunan perilaku, namun perilaku tersebut tidak dapat dipertahankan sampai saat tindak lanjut. Menurut Marlatt dan Gordon (dalam Garcia & Schmittz, 1990) kekambuhan merokok dipengaruhi beberapa faktor yang meliputi situasi yang berisiko tinggi dan respon strategi menghadapi masalah. Seharusnya pendidikan kesehatan untuk penanggulangan perilaku merokok menggunakan pendekatan sosial (Charlton & Blair, 1989). Penelitian ini dilakukan di sekolah, sehingga lingkungan sekitarnya memang berisiko tinggi. Remaja yang ikut eksperimen tetap berada di sekolah dan bercampur dengan siswa lain yang merokok, sehingga remaja yang mungkin sudah mulai sadar untuk mengurangi atau berhenti dapat kambuh lagi. Sejalan dengan pendapat Gordon dan Marlatt (dalam Garcia & Schmittz, 1990) materi dalam pendidikan kesehatan yang dilakukan dalam penelitian ini memang tidak mengikutsertakan strategi menghadapi masalah dalam materi pendidikannya, sehingga remaja memang kurang mempunyai bekal untuk mempertahankan perilaku yang dibentuk setelah perlakuan.

Pada penelitian ini juga ditemukan bahwa di antara kelompok seminar dan kelompok diskusi ternyata kelompok yang lebih menunjukkan adanya kemajuan adalah kelompok seminar atau kelas besar. Hasil ini tidak sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Syarif (1990) yang menyatakan bahwa materi pendidikan yang diberikan dalam bentuk kelas besar atau seperti kuliah tidak akan dapat memberikan kesempatan pada peserta untuk memproses pengetahuannya secara mendalam (elaborasi). Hal ini dapat terjadi karena diskusi yang dilakukan mungkin tidak efektif. Sedangkan pada kelompok seminar, walaupun dalam kelas besar tetapi kalau orang yang memberikan materi menarik, maka pengetahuan tetap akan diserap. Selain itu remaja di Indonesia terbiasa dengan pengajaran kelas besar dan pengajaran jarang dilakukan dengan diskusi. Kebiasaan menerima pelajaran dalam kelas besar dan jaranganya belajar dalam situasi diskusi dapat menjadi jawaban atas pertanyaan "mengapa justru seminar yang lebih efektif".

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa kelompok yang menerima pendidikan kesehatan hanya melalui *leaflet* yang diberikan tanpa adanya penerangan dalam bentuk seminar ataupun diskusi justru menunjukkan penurunan jumlah rokok yang dihisap. Hasil ini sesuai dengan hasil survai yang dilakukan oleh Sheridan dan Radmacker (dalam Gatchel, et al., 1989) yang menemukan bahwa sejumlah 90% dari 40 juta orang yang berhenti di Amerika berhenti merokok tanpa pertolongan formal. Mereka yang berhenti merokok tanpa pertolongan formal memperoleh informasi mengenai rokok dan kesehatan baik dari media cetak maupun tulis.

Hasil penelitian menemukan bahwa kelompok yang hanya menerima *leaflet* dapat berkurang jumlah rokoknya. Hal ini berarti bahwa bila tanpa intervensi guru, rasa ingin tahu siswa terhadap bahan pendidikan kesehatan lebih besar daripada yang diberi pendidikan kesehatan melalui guru, sehingga mereka mempelajari dengan sung-

guh-sungguh. Informasi yang didapatkan kemudian menjadi pengetahuan mereka. Dari pengetahuan ini mereka mengubah sikap dan perilakunya.

## KESIMPULAN

Dari hasil survei dapat disimpulkan bahwa jumlah perokok remaja di Kodya Yogyakarta cukup rendah (19,9%) bila dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan WHO di Yogyakarta dan Lombok. Demikian pula dengan jumlah rokok yang dihisap setiap harinya. Teman merupakan sumber pertama remaja mengenal rokok pertama kali dan demi pergaulan adalah alasan utama remaja merokok.

Pendidikan Kesehatan melalui seminar dan diskusi sebagai alternatif penanggulangan merokok yang diselenggarakan selama 2 kali seminggu ternyata hanya efektif meningkatkan pengetahuan mengenai bahaya merokok dan menurunkan sikap yang positif terhadap perilaku merokok. Pendidikan Kesehatan melalui seminar justru lebih efektif daripada pendidikan kesehatan yang diberikan melalui diskusi. Penurunan jumlah rokok justru terjadi pada kelompok yang hanya menerima *leaflet* tanpa intervensi apapun. Keadaan ini tidak dapat dipertahankan hingga tiga bulan kemudian, kecuali pengetahuan tentang akibat perilaku merokok.

Dari kesimpulan yang diperoleh dari hasil survei dapat diperoleh gambaran bahwa perilaku merokok pada remaja masih merupakan masalah, sehingga dapat disarankan agar promosi kesehatan melalui pendidikan kesehatan bagi remaja sebaiknya terus dilakukan dan disempurnakan. Perlu dipertimbangkan dimasukkannya pendidikan anti merokok ini dalam mata pelajaran kesehatan. Lebih baik lagi apabila dimasukkan dalam pelajaran mulai dari SD, sehingga dapat mencegah lebih awal, mengingat perilaku merokok remaja di Indonesia, atau Yogyakarta khususnya dimulai pada umur 15 tahun.

Promosi kesehatan yang dilakukan sebaiknya memperhatikan faktor-faktor yang menyebabkan perilaku merokok, sehingga intervensi yang dilakukan akan lebih mengena. Beberapa faktor yang ditemukan dalam penelitian ini adalah pengaruh teman dan media massa, sehingga intervensi ataupun promosi kesehatan yang dilakukan nantinya diharapkan memperhatikan hal tersebut. Selain itu dengan adanya faktor media massa yang mempengaruhi remaja merokok, maka sebaiknya ada kebijaksanaan pada iklan rokok, tidak hanya rokoknya yang mencantumkan bahaya merokok, tetapi iklan rokok juga. Lebih baik lagi apabila iklan rokok pada media baik cetak maupun elektronik dibatasi dan film atau sinetron juga dilarang mendemonstrasikan perilaku merokok secara nyata. Akan lebih baik lagi bila dibuat iklan anti rokok yang dibuat menarik dengan tokoh anak atau remaja sehat yang tidak merokok, di samping tokoh yang sudah terkena penyakit kanker atau paru, sehingga pembaca iklan dapat membandingkan.

Dari hasil eksperimen diketahui bahwa justru hanya dengan *leaflet* perilaku merokok yang ditunjukkan dengan jumlah rokok yang

dihisap menurun, sehingga penyebaran leaflet yang berisi informasi tentang kesehatan, khususnya informasi mengenai akibat merokok sebaiknya ditingkatkan.

Pemberian pendidikan kesehatan melalui kelas besar dalam penelitian ini menunjukkan keberhasilan daripada pemberian pada kelas kecil. Oleh karena itu sebaiknya seminar-seminar tentang bahaya merokok diaktifkan kembali dan ditingkatkan. Penggunaan nara sumber yang disukai remaja akan lebih berhasil.

## TINJAUAN PUSTAKA

- Aditama, T.Y. 1992. *Rokok dan Kesehatan*. Penerbit Universitas Indonesia, Jakarta
- Alcay, R. 1983. The impact of mass communication campaigns in the health field. *Social Science and Medicine* 17(2):87-94.
- Charlton, A., & Blair, V. 1989. Predicting the onset of smoking in boys and girls. *Social Science and Medicine* 29(7):813-818.
- Coppotelelli, C.H., & Orleans, C.T. 1985. Partner support and other determinants of smoking cessation maintenance among women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53(4):455-460.
- Curry, S., Wagner, E., & Grothaus, L.C. 1990. Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(3):310-316.
- Dzumhur, M., Catavic, S., & Dzumhur, M.S. 1985. The effects of health education on smoking in young population. In: Leathar, D.S, Hastings, G.B., O'Reilly, K., & Davies, J.K. *Health Education and the Media II*. Pergamon Press, Oxford.
- Elder, J.P., Molgaard, C.A., & Laborin, R.L. 1987. Patterns and predictors of cigarette use among public school children in Tijuana, Mexico. *Quarterly of Community Health Education* 8(2):129-137.
- Eriksen, M.P. 1986 *Advances in Health Education and Promotion*. Jai Press, Inc., London.
- Flay, B.R. 1987. Mass media and smoking cessation: A Critical Review. *American Journal of Public Health* 77(2):153-160.
- Foley, R.P., & Smilansky, J. 1980. *Teaching Techniques: A Handbook for Health Professionals*. McGraw Hill Book Company, New York
- Garcia, M.E., & Schmitz, J.M. 1990. A Fine Grained Analysis of the Role of Self-Efficacy in Self-Initiated Attempts to Quit Smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(3):317-322.
- Gathel, R.J., Baum, A., & Krantz, D.S. 1989. *An Introduction to Health Psychology*. McGraw-Hill Book Company, New York.
- Gochman, D.S. 1988. Health behavior: plural perspectives. In: Gochman, D.S. *Health Behavior*. Plenum Press, New York.
- Habil, M.H. 1994. Nicotine: the Asian hard drug. *Medical Progress* 21(1):5-7.

- Haslam, C. 1985. Communication and co-operation between media and health professionals. In: Leathar, D.S., Hasting, G.B., O'Reilly, K., & Davies, J.K. *Health Education and the Media II*. Pergamon Press, Oxford.
- Isfandari, S., & Suhardi. 1993. Beberapa gejala pada perokok dengan menggunakan CMI. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia* 21(8):481-486
- John, E.B., Sutton, W.C., & Webster, L.E. 1962. *Health for Effective Living*. the Guilford Press, New York.
- Kantor Statistik Propinsi DIY. 1989. *Statistik propinsi DIY tahun 1989*. Kantor Statistik Propinsi DIY, Yogyakarta.
- Leventhal, H., Zimmerman, R., & Gutmann. 1984. Compliance: A Self-Regulation Perspective. In: Gentry, W.D. *Handbook of Behavioral Medicine*. The Guilford Press, New York.
- Masiono, H. 1993. Tinjauan (terhadap) pengalaman Yayasan Jantung Indonesia (YJI) dalam penyebaran informasi yang menunjang kebijakan kesehatan. *Majalah Kesehatan Indonesia* 21(2):68-71
- Mermelstein, R., Cohen, S., Lichtenstein, E., Baer, J.S. & Kamarck, T. 1986. Social support and smoking cessation and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54(4):447-453.
- Mittelmark, M.B., Murray, D.M., Luepker, R.V., Pechacek, T.F., Pirie, P.L., & Pallonen, U.E. 1987. Predicting experimentation with cigarettes. The childhood antecedens of smoking study (CASS). *American Journal of Public Health* 77:206-208.
- Prambadi, D., & Nasution, P. 1989. Rokok mengaburkan mata. *Tempo*, 7 Oktober
- Prawirohardjo, S. 1980. Sikap tokoh-tokoh kunci masyarakat terhadap masalah rokok. *Berkala Ilmu Kedokteran* 12(4):185-192.
- Reek, V.J., & Adriaanse, H. 1986. Anti-smoking information and changes of smoking behavior in Netherlands, UK, USA, Canada and Australia. In: Leathar, D.S., Hastings, G.B., O'Reilly, K., & Davies, J.K. *Health Education and Media II*. Pergamon Press, Oxford.
- Robb, J.H. 1986. Smoking as an anticipatory rite of passage some sociological hypotheses on health related behavior. *Social Science and Medicine* 23(6):621-627.
- Rustamadji, H. 1986. Pola merokok pelajar tujuh sekolah lanjutan di Jakarta Selatan. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia* 16(6):344-348.
- Sani, A. 1994. Pengalaman 3 tahun pelayanan klinik berhenti merokok Yayasan Jantung Indonesia. *Jurnal Kardiologi Indonesia* 26(1): 5-11.
- Sholichah, M. 1990. Hubungan antara keyakinan terhadap akibat-akibat tingkah laku merokok dengan tingkah laku merokok di kalangan remaja SMA Yogyakarta. *Skripsi*. Tidak diterbitkan.
- Siregar, Z., Yazid, E., Asykarudin, Razalt, A., & Siregar, H. 1980. Kebiasaan Merokok pada Mahasiswa Baru, Universitas Sumatera Utara, Medan. *Majalah Kedokteran Indonesia* 34(4):155-158.
- Soebroto, J.B. 1991. Indonesia termasuk 12 negara yang 50% lebih penduduknya merokok. *Kedaulatan Rakyat Minggu*, 9 Juni.

- Supangat, J., Djalil, L., & Susanto, H. 1989. Risiko merokok bagi kaum hawa. *Tempo*, 10 Juni
- Supardi, S., Harikusnanto, Y., Hersusanto & Soeherman, B. 1980. Studi pendahuluan tentang beberapa faktor yang mempengaruhi merokok pada anak di Yogyakarta. *Majalah Kedokteran Nusantara* 10(2):62-69.
- Syarif, R. 1990. Belajar mandiri dan bertolak dari masalah. *Buletin Pendidikan* 1(2):38-45.
- Tambunan, K.L. 1994. Rokok dan penyakit darah. *Jurnal Kardiologi Indonesia* 26(1):24-28
- Warner, K.E.M., & Murt, H.A. 1983. Premature death avoided by the antismoking campaign. *American Journal of Public Health* 73(6):672-676.
- Weis, W., & Burke, C. 1985. Tobacco advertising and the media: structural barriers to the communication of health risks and benefits. In: Leathar, D.S., Hastings, G.B., O'Reilly, K., & Davies, J.K. *Health Education and the Media II*. Pergamon Press, Oxford.
- West, D.W., Graham, S., Swanson, M., & Wilkinson, G. 1977. Five year follow up of smoking withdrawal clinic population. *American Journal of Public Health* 67:536-544.
- Wheeler, R.J. 1988. Effects of a community-wide smoking cessation program. *Social Science and Medicine* 27(12):1387-1392.
- WHO. 1985. *Smoking and health*. WHO, New Delhi.
- Willard, N. 1985. Selling healthy behaviour: success and failures. In: Leathar, D.S., Hastings, G.B., O'Reilly, K., & Davies, J.K. *Health Education and the Media II*. Pergamon Press, Oxford.
- Zalbawi, S., & Bandi, R. 1991. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Pemuda mengenai Masalah Narkotika, Minuman Keras, Seks dan Merokok di DKI Jakarta dan di Yogyakarta. *Laporan Penelitian*. Puslitbangkes RI, Jakarta.